LAS PESTES



DEL OTRO SIGLO

DEPRESION, ACCIDENTES, INFARTOS

La mayor parte del dinero que se dedica a la investigación médica apunta hacia las enfermedades infecciosas. Sin embargo, un reciente estudio de la Organización Mundial de la Salud propone cambiar la mirada y reorientar los fondos hacia las enfermedades mentales y la prevención de accidentes que, se estima, serán los verdaderos grandes males del próximo siglo. El ranking del futuro indica además que el cáncer perderá preminencia frente a, por ejemplo, la depresión, y que el sida, pese a todo lo que se le teme, quedará en el puesto número 10.

opinión

MEDICOS DE CABECERA

Por Ricardo A. Carpani *

Las autoridades del Ministerio de Salud anunciaron para este mes el lanzamiento de un nuevo programa de salud para las obras sociales. Lo denominaron PMO (Programa Médico Obligatorio) y, según lo definen, su eje o pilar es la figura del "médico de cabecera". Este profesional tendrá a su cargo la atención primaria del afiliado y su familia, y será exclusivamente él quien decidirá los estudios y derivaciones a especialistas que necesite su paciente. De ahí en más, las prestaciones se integrarán en la denominada "atención secundaria", prácticamente iguales a las actuales.

Excepto por un mayor número de controles y auditorías, esencialmente es éste el "gran cambio" con que se intenta enfrentar el problema de la salud.

El principal argumento que apoya este proyecto es el de mejorar la calidad de atención de la gente, estimulando la prevención primaria (cuidar la salud), en lugar de "reparar" un daño ya hecho. Sin embargo, el verdadero motivo radica en que la plata no alcanza, y la mejor manera de disminuir los costos es, simplemente, poner un "filtro".

No son muchos los motivos por los cuales una persona recurre a un médico. Están aquellos que padecen una dolencia objetiva que buscan dilucidar y solucionar, aquellos con una enfermedad ya diagnosticada que siguen un tratamiento, aquellos que por temor o precaución solicitan el clásico "chequeo" y, finalmente, aquellos que simplemente no se sienten bien.

"Estos programas no buscan mejorar la calidad de atención de la gente y defender la salud sino bajar los costos."

En todos, el sentimiento básico será la ansiedad, que podrá llegar a la angustia y miedo, y también todos lo que estarán buscando será contención y amparo.

Seguramente esperan encontrar una clase de médico que, aunque poco paciente, en verdad existe. Que priorizando la globalidad del ser humano, le dará el tiempo y la dedicación necesarios, que no se limitará a un órgano o a una parte de ese cuerpo, que además de utilizar sus conocimientos y experiencia científicos será sensible a las sensaciones, creencias y fantasías de ese individuo, quien se sentirá comprendido y protegido, que contestará sus preguntas con paciencia e idioma claro, que también le dará la importancia necesaria a las vivencias y los proyectos frente a un entorno como el actual. Que ante la necesidad de un especialista, optará por la interconsulta en lugar de la derivación, lo cual implica asumir con responsabilidad el compromiso de un eventual tratamiento. Que no lo abandone nunca, que siempre esté. En definitiva, un médico que respete al verdadero sentido de la medicina, el humanístico.

Sin embargo, lamentablemente, en la mayoría de los casos la realidad es otra. Se encontrarán con una medicina fría, técnica. Que más que un ser humano íntegro los considera un mecanismo al que hay que reparar en forma específica, según el órgano afectado. Que, luego de una escueta consulta de quince minutos, se retirarán sin respuestas, llenos de dudas y de órdenes de estudios complejos y sofisticados. Deberán peregrinar por distintos especialistas, quienes ante la necesidad de juntar "bonos" pésimamente remunerados en plazos y montos, los someterán a procedimientos diagnósticos o terapéuticos muchas veces innecesarios, ocupándose sólo del órgano o sistema al que se dedica.

Las causas son pocas pero profundas, los responsables muchos.

Así quizá se entienda por qué no se empieza por los hospitales públicos o por los sistemas de medicina prepaga, sectores no incluidos en el PMO, en una instancia inicial de un proyecto que se supone es de orden nacional.

Los primeros, objeto de deterioro progresivo y sostenido no sólo a nivel infraestructural por la falta de presupuesto para el mantenimiento, sino a nivel profesional, debido a la cada vez más escasa "generación intermedia" de médicos (la que además de experiencias, también tiene ganas), que se ve obligada al éxodo cuando la dignidad empieza a estar en dudas, debido a las exiguas remuneraciones y a condiciones de trabajo cada vez peores. Respecto del área no pública de la salud, en donde el "recurso humano", principal factor definitorio de la calidad, es lo más barato y en su lugar se priorizan lujos y aggiornamientos confortables que, con engañosa apariencia, ocultan el verdadero objetivo mercantilista de estas instituciones.

Promediando el siglo XX, podremos ser crédulos pero no ilusos.

Más bien, entonces, reconozcamos que programas como el PMO o similares, lejos de buscar el mejoramiento de la calidad de atención de la gente y defender la salud, son sistemas proyectados para disminuir aún más los ya exiguos costos, imponiendo una figura cuyo objetivo primordial será racionar la prestación en lugar de racionalizarla, dejando intactos y sin desarticular a los verdaderos responsables de este profundo y peligroso deterioro.

Quizá sea por eso que el paradigma de muchos profesionales sea el poder manejar un "aparatito", mucho más rentable que el trabajo intelectual que implica comprender y contener a una persona angustiada, transformando una tarea eminentemente sensitiva e intuitiva en algo práctico y mercantilista.

Quizá llegó el momento de establecer una clara diferencia entre un "médico" y un "técnico médico", tan importante uno como otro pero con diferentes funciones y protagonismos. El segundo jamás podrá reemplazar al primero, por más tecnología supersofisticada que tenga, sino que deberá ser un complemento que permita optimizar la atención, dejando al denominado "médico" la responsabilidad de pilotear a su paciente, asistiéndolo en forma integral. Pero para eso, es preciso una formación que contemple no sólo los aspectos biológicos, sino también filosóficos, teológicos, culturales y antropológicos.

Seguramente en cuestiones como ésta encontraremos la explicación de por qué cada vez más gente recurre a disciplinas "alternativas" y sanaciones que, sin desmedro apriorístico de ninguna, refleja una falta de fe y confianza en una medicina actualmente incapacitada de brindar la contención y comprensión que todo ser humano necesita, poniendo en evidencia una verdadera demanda no satisfecha que, en forma implícita, muestra un cuestionamiento al "orden actual" que se ofrece.

Para percibir esto y esbozar una propuesta para mejorarlo, no hace falta irse a Harvard o hacer algún master, basta con animarse a enfrentar una autocrítica profunda abandonando cualquier justificación que pueda distraernos. Bajarse del pedestal de bronce del "hermetismo pseudocientífico", para poder oír lo que la gente realmente necesita.

Tomar conciencia de que si a principios de siglo la atención de la gente se la disputaban la religión y la medicina, hoy esta última abandonó ese lugar por propia elección, que fue ocupado por la "sanación" y lo alternativo. Para recuperarlo, debemos empezar por abandonar la soberbia y la omnipotencia científicas y revisar en qué nos equivocamos.

Reconocer que el diálogo roto es el que se debería dar entre el médico y paciente, más allá de la obra social o el prepago al cual pertenezca.

Quizá debamos revisar la vida y el trabajo de muchos médicos hoy prácticamente olvidados, de nuestra historia y nuestro presente, que sin título de especialista habilitante, desarrollaron y desarrollan la verdadera "medicina de familia", algo que no se puede ejercer sin conocimientos científicos adecuados, pero tampoco sin una formación humanística y cuyo fundamento básico consiste simplemente en saber que quien tengo enfrente es un "ser humano".

* *Médico*



LA DEPRESION ENFERMEDAD

CAMBIO RANK

Por Carolina Estebarena *

Los presupuestos destinados a la investigación de la salud nunca pueden cubrir todas las necesidades, distribuirlos en la forma más correcta es un problema bastante difícil dados los criterios económicos, políticos y humanitarios que deben tenerse en cuenta. Actualmente se destina la mayor parte de los fondos a la investigación de enfermedades infecciosas; sin embargo, según el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), gran parte de ese dinero debería usarse para el estudio de las enfermedades mentales y la prevención de accidentes. "La investigación de causas de muerte y discapacidad no tan publicitadas se traduciría en grandes mejoras en la salud pública", sostienen los expertos del comité encargado de escribir tal informe.

El objetivo de la OMS es asegurar que la investigación se lleve a cabo en las áreas de mayor impacto. Las enfermedades infecciosas son las que matan la mayor cantidad de personas en el mundo, pero el informe predice que, en los países en desarrollo, para el 2020 la depresión será la aflicción más importante y en segundo lugar figurará la muerte y discapacidad por accidentes de tránsito. También se advierte acerca de pandemias de causa no infecciosa, como las relacionadas con el tabaco, especialmente en el mundo no desarrollado.

La decisión del comité de abandonar el método tradicional de estimación de prioridades en salud pública es tan controvertida como promisoria, afirma Richard Bumgarner de la Universidad de Harvard. En lugar de basarse en las cifras de mortalidad, el comité ha usado una medida bautizada AVAD, Año de Vida Ajustado por Discapacidad. Esta es una medida no sólo del número de muertes sino también de la pérdida de salud, ya que tiene en cuenta las enfermedades que "inhabilitan" y no únicamente las que matan.

"Si uno no pone en la balanza las discapacidades se estaría dejando de prestar aten-

Qué es el AVAD

(Por C.E.) Hace unos cinco años, los mayores obstáculos para una mejor salud en los países pobres eran cuantificados según el número de muertes que producían diferentes agentes. Así, organismos internacionales, como la OMS, concentraron sus esfuerzos en combatir las enfermedades infecciosas, a través de programas tales como la vacunación de niños y el control de pestes.

Sin embargo, la determinación de prioridades tenía una gran falla: no tomaba en cuenta las discapacidades, aun cuando alimentar a aquellos que ya no pueden ayudar a sus familias a sobrevivir o a la comunidad a prosperar es una carga mucho mayor para un país en desarrollo que la misma pérdida de vidas.

A principios de la década del 90, Christopher Murray, economista de la salud de la universidad estadounidense de Harvard, propuso el Año de Vida Ajustado por Discapacidad (AVAD), una unidad que representa el número de años de vida saludable perdidos por muerte o discapacidad. Esta se basa en un cálculo que tiene en cuenta cuánto tiempo la persona tiene una discapacidad, la severidad de la misma y la edad de muerte o del inicio de la discapacidad.

Usando los AVAD se identificaron algunas grandes áreas de negligencia en el destino de los fondos para la salud en el mundo. Esta nueva técnica muestra que las enfermedades crónicas como el ataque al corazón, las afecciones psiquiátricas, neurológicas o por accidentes de tránsito ocasionan en el mundo tanto o más daño que las enfermedades infecciosas y otras tradicionalmente consideradas de alta prioridad.

El informe presentado, donde figuran los distintos cálculos y sus justificaciones, concluye que "la pandemia de lesiones" (además de los accidentes, otras causas incluyen incendios, crímenes violentos y las guerras) "está entre los problemas de salud más descuidados de fines del siglo XX".



opinión

MEDICOS DE CABECERA

*Por Ricardo A. Carpani **

Las autoridades del Ministerio de Salud anunciaron para este mes el lanzamiento de un nuevo programa de salud para las obras sociales. Lo denominaron PMO (Programa Médico Obligatorio) y, según lo definen, su eje o pilar es la figura del "médico de cabecera". Este profesional tendrá a su cargo la atención primaria del afiliado y su familia, y será exclusivamente él quien decidirá los estudios y derivaciones a especialistas que necesite su paciente. De ahí en más, las prestaciones se integrarán en la denominada "atención secundaria", prácticamente iguales a las actuales.

Excepto por un mayor número de controles y auditorías, esencialmente es éste el "gran cambio" con que se intenta enfrentar el problema de la salud.

El principal argumento que apoya este proyecto es el de mejorar la calidad de atención de la gente, estimulando la prevención primaria (cuidar la salud), en lugar de "reparar" un daño ya hecho. Sin embargo, el verdadero motivo radica en que la plata no alcanza, y la mejor manera de disminuir los costos es, simplemente, poner un "filtro".

No son muchos los motivos por los cuales una persona recurre a un médico. Están aquellos que padecen una dolencia objetiva que buscan dilucidar y solucionar, aquellos con una enfermedad ya diagnosticada que siguen un tratamiento, aquellos que por temor o precaución solicitan el clásico "chequeo" y, finalmente, aquellos que simplemente no se sienten bien.

En todos, el sentimiento básico será la ansiedad, que podrá llegar a la angustia y miedo, y también todos lo que estarán buscando será contención y amparo.

"Estos programas no buscan mejorar la calidad de atención de la gente y defender la salud sino bajar los costos."

Seguramente esperan encontrar una clase de médico que, aunque poco paciente, en verdad existe. Que priorizando la globalidad del ser humano, le dará el tiempo y la dedicación necesarios, que no se limitará a un órgano o a una parte de ese cuerpo, que además de utilizar sus conocimientos y experiencia científicos será sensible a las sensaciones, creencias y fantasías de ese individuo, quien se sentirá comprendido y protegido, que contestará sus preguntas con paciencia e idioma claro, que también le dará la importancia necesaria a las vivencias y los proyectos frente a un entorno como el actual. Que ante la necesidad de un especialista, optará por la interconsulta en lugar de la derivación, lo cual implica asumir con responsabilidad el compromiso de un eventual tratamiento. Que no lo abandone nunca, que siempre esté. En definitiva, un médico que respete al verdadero sentido de la medicina, el humanístico.

Sin embargo, lamentablemente, en la mayoría de los casos la realidad es otra. Se encontrarán con una medicina fría, técnica. Que más que un ser humano íntegro los considera un mecanismo al que hay que reparar en forma específica, según el órgano afectado. Que, luego de una escueta consulta de quince minutos, se retirarán sin respuestas, llenos de dudas y de órdenes de estudios complejos y sofisticados. Deberán peregrinar por distintos especialistas, quienes ante la necesidad de juntar "bonos" pésimamente remunerados en plazos y montos, los someterán a procedimientos diagnósticos o terapéuticos muchas veces innecesarios, ocupándose sólo del órgano o sistema al que se dedica.

Las causas son pocas pero profundas, los responsables muchos.

Así quizá se entienda por qué no se empieza por los hospitales públicos o por los sistemas de medicina prepaga, sectores no incluidos en el PMO, en una instancia inicial de un proyecto que se supone es de orden nacional.

Los primeros, objeto de deterioro progresivo y sostenido no sólo a nivel infraestructural por la falta de presupuesto para el mantenimiento, sino a nivel profesional, debido a la cada vez más escasa "generación intermedia" de médicos (la que además de experiencias, también tiene ganas), que se ve obligada al éxodo cuando la dignidad empieza a estar en dudas, debido a las exiguas remuneraciones y a condiciones de trabajo cada vez peores. Respecto del área no pública de la salud, en donde el "recurso humano", principal factor definitorio de la calidad, es lo más barato y en su lugar se priorizan lujos y aggiornamientos confortables que, con engañosa apariencia, ocultan el verdadero objetivo mercantilista de estas instituciones.

Promediando el siglo XX, podremos ser crédulos pero no ilusos.

Más bien, entonces, reconozcamos que programas como el PMO o similares, lejos de buscar el mejoramiento de la calidad de atención de la gente y defender la salud, son sistemas proyectados para disminuir aún más los ya exiguos costos, imponiendo una figura cuyo objetivo primordial será racionar la prestación en lugar de racionalizarla, dejando intactos y sin desarticular a los verdaderos responsables de este profundo y peligroso deterioro.

Quizá sea por eso que el paradigma de muchos profesionales sea el poder manejar un "aparatito", mucho más rentable que el trabajo intelectual que implica comprender y contener a una persona angustiada, transformando una tarea eminentemente sensitiva e intuitiva en algo práctico y mercantilista.

Quizá llegó el momento de establecer una clara diferencia entre un "médico" y un "técnico médico", tan importante uno como otro pero con diferentes funciones y protagonismos. El segundo jamás podrá reemplazar al primero, por más tecnología supersofisticada que tenga, sino que deberá ser un complemento que permita optimizar la atención, dejando al denominado "médico" la responsabilidad de pilotear a su paciente, asistiéndolo en forma integral. Pero para eso, es preciso una formación que contemple no sólo los aspectos biológicos, sino también filosóficos, teológicos, culturales y antropológicos.

Seguramente en cuestiones como ésta encontraremos la explicación de por qué cada vez más gente recurre a disciplinas "alternativas" y sanaciones que, sin desmedro apriorístico de ninguna, refleja una falta de fe y confianza en una medicina actualmente incapacitada de brindar la contención y comprensión que todo ser humano necesita, poniendo en evidencia una verdadera demanda no satisfecha que, en forma implícita, muestra un cuestionamiento al "orden actual" que se ofrece.

Para percibir esto y esbozar una propuesta para mejorarlo, no hace falta irse a Harvard o hacer algún master, basta con animarse a enfrentar una autocrítica profunda abandonando cualquier justificación que pueda distraernos. Bajarse del pedestal de bronce del "hermetismo pseudocientífico", para poder oír lo que la gente realmente necesita.

Tomar conciencia de que si a principios de siglo la atención de la gente se la disputaban la religión y la medicina, hoy esta última abandonó ese lugar por propia elección, que fue ocupado por la "sanación" y lo alternativo. Para recuperarlo, debemos empezar por abandonar la soberbia y la omnipotencia científicas y revisar en qué nos equivocamos.

Reconocer que el diálogo roto es el que se debería dar entre el médico y paciente, más allá de la obra social o el prepago al cual pertenezca.

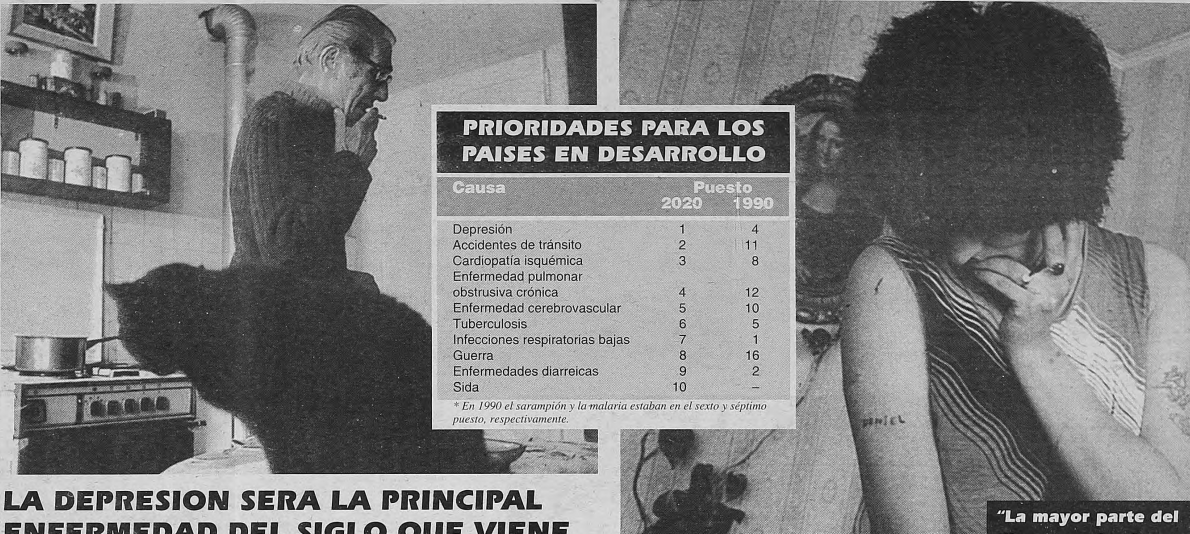
Quizá debamos revisar la vida y el trabajo de muchos médicos hoy prácticamente olvidados, de nuestra historia y nuestro presente, que sin título de especialista habilitante, desarrollaron y desarrollan la verdadera "medicina de familia", algo que no se puede ejercer sin conocimientos científicos adecuados, pero tampoco sin una formación humanística y cuyo fundamento básico consiste simplemente en saber que quien tengo enfrente es un "ser humano".

** Médico*

*Por Carolina Estebarena **

Los presupuestos destinados a la investigación de la salud nunca pueden cubrir todas las necesidades, distribuirlos en la forma más correcta es un problema bastante difícil dados los criterios económicos, políticos y humanitarios que deben tenerse en cuenta. Actualmente se destina la mayor parte de los fondos a la investigación de enfermedades infecciosas: sin embargo, según el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), gran parte de ese dinero debería usarse para el estudio de las enfermedades mentales y la prevención de accidentes. "La investigación de causas de muerte y discapacidad no tan publicitadas se traduciría en grandes mejoras en la salud pública", sostienen los expertos del comité encargado de escribir tal informe.

El objetivo de la OMS es asegurar que la investigación se lleve a cabo en las áreas de mayor impacto. Las enfermedades infecciosas son las que matan la mayor cantidad de personas en el mundo, pero el informe predice que, en los países en desarrollo, para el 2020 la depresión será la aflicción más importante y en segundo lugar figurará la muerte y discapacidad por accidentes de tránsito. También se advierte acerca de pandemias de causa no infecciosa, como las relacionadas con el tabaco, especialmente en el mundo no desarrollado.



PRIORIDADES PARA LOS PAISES EN DESARROLLO

Causa	Puesto 2020	Puesto 1990
Depresión	1	4
Accidentes de tránsito	2	11
Cardiopatía isquémica	3	8
Enfermedad pulmonar obstrusiva crónica	4	12
Enfermedad cerebrovascular	5	10
Tuberculosis	6	5
Infecciones respiratorias bajas	7	1
Guerra	8	16
Enfermedades diarreicas	9	2
Sida	10	–

** En 1990 el sarampión y la malaria estaban en el sexto y séptimo puesto, respectivamente.*

LA DEPRESION SERA LA PRINCIPAL ENFERMEDAD DEL SIGLO QUE VIENE

CAMBIOS EN EL RANKING

La decisión del comité de abandonar el método tradicional de estimación de prioridades en salud pública es tan controvertida como promisoria, afirma Richard Bumgarner de la Universidad de Harvard. En lugar de basarse en las cifras de mortalidad, el comité ha usado una medida bautizada AVAD, Año de Vida Ajustado por Discapacidad. Esta es una medida no sólo del número de muertes sino también de la pérdida de salud, ya que tiene en cuenta las enfermedades que "inhabilitan" y no únicamente las que matan.

"Si uno no pone en la balanza las discapacidades se estaría dejando de prestar atención a las enfermedades psiquiátricas y a la mitad de las víctimas –no fatales– producidas por los accidentes de tránsito", afirma Dean Jamison, profesor de Salud Pública de la Universidad de California y presidente del comité.

El nuevo sistema pone como primera prioridad la enfermedad mental, mientras que anteriormente la salud de la mente sólo se basaba en el número de muertes por suicidio, ocupando así el cuarto puesto. (Recuadro)

Desafortunadamente, los accidentes de tránsito están alcanzando proporciones epidémicas, especialmente en los países en desarrollo. En 1990, los accidentes de tránsito terrestre estaban en el noveno puesto del ranking internacional de causas de muerte y discapacidad. Para el año 2020, el número de víctimas por tal razón los llevará al tercer puesto, debajo de la depresión clínica y la enfermedad cardíaca coronaria, según el informe de la OMS titulado "Invirtiendo en Investigación y Desarrollo para la Salud". El sida estará en el décimo lugar y el cáncer ni siquiera figurará en los "top ten".

Más allá del estudio de posibles mejoras en cuestiones de la salud mental de la población, lo que realmente preocupa al comité que redactó el informe es el control de los accidentes de tránsito pues "ocasionarán uno de cada 20 años perdidos de vida saludable en todo el mundo".

En un anexo presentado juntamente con el informe mencionado se expuso un estudio exhaustivo sobre las posibles razones del gran aumento de accidentes de tránsito en los países en desarrollo. Un crecimiento de la proporción de población menor de 30 años, el grupo de mayor riesgo de todo tipo de daños; un cierto grado de riqueza en estos países, reflejada en el creciente número de vehículos en las calles; combinado con los servicios de emergencia escasos e inefectivos son el cóctel ideal para el desastre. (Recuadro) Por otro lado, en tal anexo se mencionan posibles soluciones, entre las cuales se encuentran el aumento de las multas por manejar en estado de ebriedad y la disminución del límite máximo de velocidad.

"La mayor parte del dinero se destina a la investigación de enfermedades infecciosas. Sin embargo, según la OMS, debería usarse para las enfermedades mentales o la prevención de accidentes de tránsito"

Finalmente, se espera que el informe y el nuevo método propuesto lleven a un redireccionamiento de los fondos para las investigaciones en el área deSalud Pública y así se destinen a aquellas cuestiones realmente prioritarias. El momento del cambio es éste. ¿Lo comprenderán aquellos que financian los proyectos?

** Becaria de la Fundación Banco de la Provincia de Buenos Aires.*

Qué es el AVAD

(Por C.E.) Hace unos cinco años, los mayores obstáculos para una mejor salud en los países pobres eran cuantificados según el número de muertes que producían diferentes agentes. Así, organismos internacionales, como la OMS, concentraron sus esfuerzos en combatir las enfermedades infecciosas, a través de programas tales como la vacunación de niños y el control de pestes.

Sin embargo, la determinación de prioridades tenía una gran falla: no tomaba en cuenta las discapacidades, aun cuando alimentar a aquellos que ya no pueden ayudar a sus familias a sobrevivir o a la comunidad a prosperar es una carga mucho mayor para un país en desarrollo que la misma pérdida de vidas.

A principios de la década del 90, Christopher Murray, economista de la salud de la universidad estadounidense de Harvard, propuso el Año de Vida Ajustado por Discapacidad (AVAD), una unidad que representa el número de años de vida saludable perdidos por muerte o discapacidad. Esta se basa en un cálculo que tiene en cuenta cuánto tiempo la persona tiene una discapacidad, la severidad de la misma y la edad de muerte o del inicio de la discapacidad.

Usando los AVAD se identificaron algunas grandes áreas de negligencia en el destino de los fondos para la salud en el mundo. Esta nueva técnica muestra que las enfermedades crónicas como el ataque al corazón, las afecciones psiquiátricas, neurológicas o por accidentes de tránsito ocasionan en el mundo tanto o más daño que las enfermedades infecciosas y otras tradicionalmente consideradas de alta prioridad.

El informe presentado, donde figuran los distintos cálculos y sus justificaciones, concluye que "la pandemia de lesiones" (además de los accidentes, otras causas incluyen incendios, crímenes violentos y las guerras) "está entre los problemas de salud más descuidados de fines del siglo XX".



Los síntomas del accidente

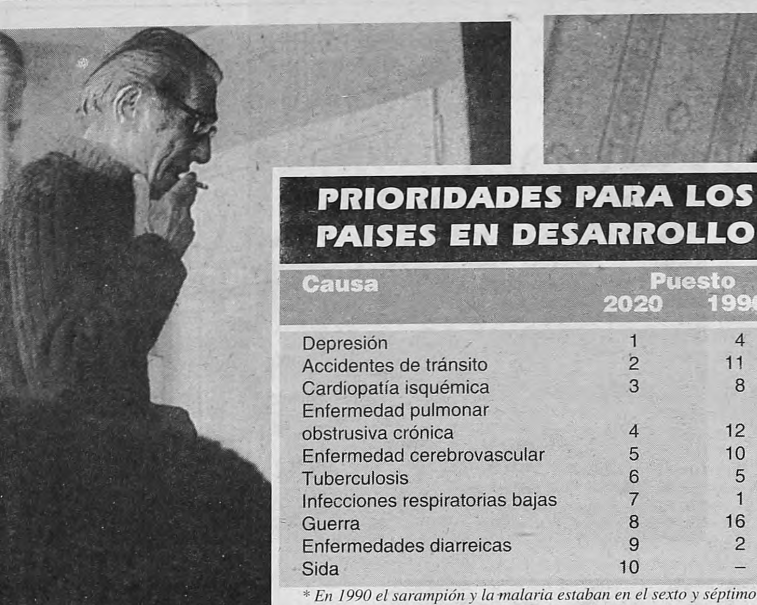
(Por C.E.) El informe de la OMS predice que, en cuanto a accidentes de tránsito se refiere, las cosas van a empeorar antes incluso que comience una mejoría. Las tasas de mortalidad por vehículo son mayores cuando el uso del automóvil asciende rápidamente en un país dado. A medida que las habilidades para el manejo y las condiciones de las calles y de los mismos automóviles mejoran, las tasas de mortalidad disminuyen. Lugares como la India –donde entre 1990 y 1993 el número de vehículos de cuatro ruedas aumentó un 23%, de manera tal que el parque automotor alcanzaba los 4,5 millones– están destinados a ser centros mundiales de accidentes de tránsito.

En 1981, expertos del Laboratorio de Investigación para el Transporte en Berkshire dieron a conocer los resultados de un estudio en el cual se detuvieron a contar la cantidad de automovilistas que cometían infracciones de tránsito en las esquinas más importantes de algunas ciudades del mundo, entre ellas Georgetown, Nairobi, Bangkok y Londres. El 50% de los conductores de países pobres que llegaban a un semáforo en rojo sin nadie adelante lo pasaban; en las ciudades "ricas" el 6% de los conductores adoptan ese comportamiento.

En tal estudio se informa acerca de las respuestas de los conductores infractores al cuestionario propuesto por los investigadores. Sorprendentemente, todos los conductores, sin distinción de status social, económico o de edad, tenían las nociones básicas de cómo manejar en forma segura, independientemente de si elegían ponerlas en práctica o no.

Sólo la seguridad no es un incentivo para manejar bien. Tanto en las naciones desarrolladas como en los países en desarrollo, la gente necesita saber que si no cumplen las normas de tránsito hay una posibilidad considerable de que sean "apresados". Sin embargo, un refuerzo policial efectivo requiere de dinero y voluntad política, dos cosas que escasean en el mundo en desarrollo.

Cualquier país que quiera detener el aumento de accidentes de tránsito en sus calles puede hacerlo. Simplemente deberían incrementarse las multas por manejar alcoholizado, dormido o drogado; disminuir los límites máximos de velocidad, aumentar el número de agentes de tránsito en las calles y, sobre todo, crear una "conciencia vial" en la población.



PRIORIDADES PARA LOS PAISES EN DESARROLLO

Causa	Puesto 2020	1990
Depresión	1	4
Accidentes de tránsito	2	11
Cardiopatía isquémica	3	8
Enfermedad pulmonar obstrusiva crónica	4	12
Enfermedad cerebrovascular	5	10
Tuberculosis	6	5
Infecciones respiratorias bajas	7	1
Guerra	8	16
Enfermedades diarreicas	9	2
Sida	10	–

** En 1990 el sarampión y la malaria estaban en el sexto y séptimo puesto, respectivamente.*

SERA LA PRINCIPAL DEL SIGLO QUE VIENE

OS EN EL KING

ción a las enfermedades psiquiátricas y a la mitad de las víctimas –no fatales– producidas por los accidentes de tránsito", afirma Dean Jamison, profesor de Salud Pública de la Universidad de California y presidente del comité.

El nuevo sistema pone como primera prioridad la enfermedad mental, mientras que anteriormente la salud de la mente sólo se basaba en el número de muertes por suicidio, ocupando así el cuarto puesto. (Recuadro)

Desafortunadamente, los accidentes de tránsito están alcanzando proporciones epidémicas, especialmente en los países en desarrollo. En 1990, los accidentes de tránsito terrestre estaban en el noveno puesto del ranking internacional de causas de muerte y discapacidad. Para el año 2020, el número de víctimas por tal razón los llevará al tercer puesto, debajo de la depresión clínica y la enfermedad cardíaca coronaria, según el informe de la OMS titulado "Invirtiendo en Investigación y Desarrollo para la Salud". El sida estará en el décimo lugar y el cáncer ni siquiera figurará en los "top ten".

Más allá del estudio de posibles mejoras en cuestiones de la salud mental de la población, lo que realmente preocupa al comité que redactó el informe es el control de los accidentes de tránsito pues "ocasionarán uno de cada 20 años perdidos de vida saludable en todo el mundo".

En un anexo presentado juntamente con el informe mencionado se expuso un estudio exhaustivo sobre las posibles razones del gran aumento de accidentes de tránsito en los países en desarrollo. Un crecimiento de la proporción de población menor de 30 años, el grupo de mayor riesgo de todo tipo de daños; un cierto grado de riqueza en estos países, reflejada en el creciente número de vehículos en las calles; combinado con los servicios de emergencia escasos e inefectivos son el cóctel ideal para el desastre. (Recuadro) Por otro lado, en tal anexo se mencionan posibles soluciones, entre las cuales se encuentran el aumento de las multas por manejar en estado de ebriedad y la disminución del límite máximo de velocidad.

"La mayor parte del dinero se destina a la investigación de enfermedades infecciosas. Sin embargo, según la OMS, debería usarse para las enfermedades mentales o la prevención de accidentes de tránsito"

Finalmente, se espera que el informe y el nuevo método propuesto lleven a un redireccionamiento de los fondos para las investigaciones en el área deSalud Pública y así se destinen a aquellas cuestiones realmente prioritarias. El momento del cambio es éste. ¿Lo comprenderán aquellos que financian los proyectos?

** Becaria de la Fundación Banco de la Provincia de Buenos Aires.*



Los síntomas del accidente

(Por C.E.) El informe de la OMS predice que, en cuanto a accidentes de tránsito se refiere, las cosas van a empeorar antes incluso que comience una mejoría. Las tasas de mortalidad por vehículo son mayores cuando el uso del automóvil asciende rápidamente en un país dado. A medida que las habilidades para el manejo y las condiciones de las calles y de los mismos automóviles mejoran, las tasas de mortalidad disminuyen. Lugares como la India –donde entre 1990 y 1993 el número de vehículos de cuatro ruedas aumentó un 23%, de manera tal que el parque automotor alcanzaba los 4,5 millones– están destinados a ser centros mundiales de accidentes de tránsito.

En 1981, expertos del Laboratorio de Investigación para el Transporte en Berkshire dieron a conocer los resultados de un estudio en el cual se detuvieron a contar la cantidad de automovilistas que cometían infracciones de tránsito en las esquinas más importantes de algunas ciudades del mundo, entre ellas Georgetown, Nairobi, Bangkok y Londres. El 50% de los conductores de países pobres que llegaban a un semáforo en rojo sin nadie adelante lo pasaban; en las ciudades "ricas" el 6% de los conductores adoptan ese comportamiento.

En tal estudio se informa acerca de las respuestas de los conductores infractores al cuestionario propuesto por los investigadores. Sorprendentemente, todos los conductores, sin distinción de status social, económico o de edad, tenían las nociones básicas de cómo manejar en forma segura, independientemente de si elegían ponerlas en práctica o no.

Sólo la seguridad no es un incentivo para manejar bien. Tanto en las naciones desarrolladas como en los países en desarrollo, la gente necesita saber que si no cumplen las normas de tránsito hay una posibilidad considerable de que sean "apresados". Sin embargo, un refuerzo policial efectivo requiere de dinero y voluntad política, dos cosas que escasean en el mundo en desarrollo.

Cualquier país que quiera detener el aumento de accidentes de tránsito en sus calles puede hacerlo. Simplemente deberían incrementarse las multas por manejar alcoholizado, dormido o drogado; disminuir los límites máximos de velocidad, aumentar el número de agentes de tránsito en las calles y, sobre todo, crear una "conciencia vial" en la población.

GRAGEAS

MUJERES Y HIV

El 50 por ciento de las pacientes que resultan HIV positivas no sabían de su condición de portadoras hasta ingresar a la sala de internación, según una encuesta realizada en el Hospital Rivadavia por el doctor Alfredo Ristori, jefe de la sección de clínica médica. Además, el 95 por ciento de las pacientes "llega al hospital con signos de laboratorio que indican tener mucho tiempo en la evolución de la enfermedad: unos siete u ocho años". Lo más preocupante de la falta de información y de campañas preventivas sobre todo entre los adolescentes es que todas las mujeres encuestadas están en edad de procrear, ya que la mayoría está entre los 20 y 28 años, lo que indica que se infectaron a partir de los 13 o 14 años.



BOLIVIA NO MASTICA

Un estudio del Centro Latinoamericano de Investigación Científica (Celin) contradijo las actuales hipótesis sobre el uso tradicional de la coca en Bolivia que afirman que "casi todos" consumen la hoja en infusión, para masticarla –acullicu– o como medicina.

Los resultados muestran que sólo un 16,7% de la población urbana encuestada afirmó haber consumido una infusión de coca durante el último mes y sólo el 13% en forma de medicina.

El estudio que fue realizado en 12 ciudades de más de 30.000 habitantes señala que el 14,3% de los consultados reconoció haber utilizado la hoja para la masticación durante el último mes.

El trabajo fue presentado por el experto norteamericano Phillip T. Parkerson. Actualmente en Bolivia, los cultivos de la hoja de coca llegan a las 35.000 hectáreas, 12.000 en las zonas tradicionales –Los Yungas de La Paz– y 22.000 en el Chaparé –considerado el centro productor de la hoja y la droga– según datos de 1995, proporcionados por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo (Usaid). De esta cantidad, 12.000 hectáreas están destinadas al consumo tradicional y el resto es dirigido a la fabricación de cocaína.

LA FIEBRE EN UN CONGRESO

La fiebre en pacientes infectados por HIV, en pacientes neutropénicos –con disminución de granulocitos neutrófilos, que son las células de la sangre encargadas de destruir diversas bacterias patógenas– y en pacientes que han realizado un viaje son solamente algunos de los temas que se tratarán en el Primer Congreso de Medicina Interna del Mercosur, que se llevará a cabo entre el 6 y el 9 de noviembre en el Marriot Plaza Hotel de Buenos Aires. Dentro del mismo se realizará también el primer congreso multidisciplinario sobre trombosis y los interesados pueden dirigirse a Libertad 1067, 2º piso, o al 815-0312.

EL REMEDIO, INFORMAR

Menos del 2 por ciento de los adultos argentinos está vacunado contra enfermedades prevenibles –y cuyas vacunas son obligatorias en los países desarrollados– como rubeola, tétanos, hepatitis o gripe. Contra esta última enfermedad, están vacunados menos del 20 por ciento de los ancianos. Cerca del 20 por ciento del presupuesto de salud en los países como el nuestro se van en tratar enfermedades completamente prevenibles. Con estos datos en mano, el CPECE –Centro de Prevención de Epidemia y Control de Enfermedades–, dirigido por el médico Carlos Ferreyra Núñez, consultor de Naciones Unidas, organiza la "Campaña por el Futuro Ahora" destinada a difusión sobre prevención de enfermedades.



CARTAS A MILEVA

A partir de noviembre, será posible poseer una carta de Albert Einstein de puño y letra. Por ahora, un grupo de cartas que el genio le escribió a su primera esposa Mileva Mari y a sus dos hijos Hans Albert y Edward son exhibidas en Inglaterra, en la famosa casa de remates Christie's. Es que en pocos días el archivo, cuya existencia se conoce desde hace diez años y que consta de unas 400 cartas familiares e íntimas del creador de la teoría de la relatividad, se pondrán en venta en New York. Lo recaudado irá para nietos y bisnietos.

GUERRA AL HUMO

Los fumadores pasivos tienen motivos para protestar. El tabaquismo pasivo aumenta de modo significativo el riesgo de sufrir un infarto de miocardio en ambos sexos, según se explicó en el último congreso de cardiología. El epidemiólogo Hernán Schargrodsky explicó ésta y otras conclusiones del FRICAS o Factores de Riesgos Cardíacos en América del Sur, un estudio que se lleva a cabo desde 1992 en Panamá, Cuba y Sudamérica. Fumar más de 20 cigarrillos diarios aumenta el riesgo de infarto 5 veces en los hombres y 8 veces en las mujeres. También se incrementa el doble el riesgo de padecer diabetes. En nuestro país el trabajo arrojó que el infarto agudo de miocardio tiene más incidencia en el sexo masculino y que las edades de mayor riesgo son entre los 45 y 54 años en los varones y entre los 65 y 74 en las mujeres. Como se sabe, los factores de riesgo más importantes para el infarto son la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, el tabaquismo y la diabetes, pero las posibilidades de sufrirlo si se tienen antecedentes familiares aumentan 5 veces si van asociados a la hipertensión y 6 veces y media si se sufre hipercolesterolemia.

PRUEBA CON PROBLEMAS

Aunque ya está disponible en algunos mercados, la prueba de detección de los genes responsables del cáncer de mama "familiar" está provocando controversias entre los especialistas. Se trata de un estudio genético que, con un análisis de sangre, detecta al gen BRCA-1 localizado en el cromosoma 17 y el BRCA-2 en el cromosoma 14. Estos genes mutados dan un 80 por ciento de posibilidades de que esa mujer desarrolle un cáncer de mama antes de los 60 años. La prueba sólo tiene sentido para mujeres que tengan antecedentes familiares, pero en un congreso reciente en Madrid los médicos se plantean que, si bien tranquiliza a la que recibe un diagnóstico negativo, cómo asumir la noticia contraria y sus consecuencias personales, desde si un hombre querrá casarse con una mujer que enfermará hasta si conseguirá un seguro de vida. Los especialistas debaten qué hacer, qué terapia aplicar, si extirpar ambas mamas y destacan la importancia de los factores ambientales en el desarrollo de la enfermedad. "Las japonesas, por ejemplo, nacen en un país con una de las tasas más bajas del mundo de tumor mamario –ilustró el norteamericano Vicente Valero–, pero si se trasladan a Estados Unidos, que presenta una de las más elevadas, llegan a tener los mismos riegos que las norteamericanas."

